

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1937
—

THÈSE

N°
831

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Michel ROBIN

Né le 14 Août 1911, à LOLIF (Manche)

A PROPOS DE DEUX CAS
DE GROSSESSE OVARIENNE
JEUNE ROMPUE

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1937

1937
—

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Michel ROBIN

Né le 14 Août 1911, à LOLIF (Manche)

A PROPOS DE DEUX CAS DE GROSSESSE OVARIENNE JEUNE ROMPUE

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

I. — Professeurs

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.	STROHL.
Physique médicale	POLONOVSKI.	Robert DEBRE.
Chimie médicale	BRUMPT.	BAUDOUIN.
Bactériologie	ABRAMI.	CHEVASSU.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	ROUSSY.	CHAMPY.
Pathologie médicale et générale	TIFFENEAU.	HARVIER.
Pathologie médicale	TANON.	BALTHAZARD.
Pathologie chirurgicale	LAIGNEL.	LAVASTINE.
Anatomie pathologique	FIESSINGER.	CHIRAY.
Histologie	LOEPER.	CARNOT.
Pharmacologie et matière médicale	Marcel LABBE.	CLERC.
Thérapeutique	LEREBoulLE ^T .	NOBECOURT.
Hygiène et médecine préventive	H. CLAUDE.	GOUGEROT.
Médecine légale	GUILLAIN.	LEMIERRE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CUNEO.	GOSSET.
Pathologie expérimentale et comparée	GREGOIRE.	LENORMANT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	TERRIEN.	MARION.
Clinique médicale	LEVY-SOLAL.	COUVELAIRE.
Hygiène et clinique de la première enfance	JEANNIN.	MOCQUOT.
Clinique des maladies des enfants	OMBREDANNE.	RATHERY.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEMAITRE.	Pierre DUVAL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VILLARET.	BEZANÇON.
Clinique des maladies du système nerveux	MATHIEU.	LAUBRY.
Clinique des maladies infectieuses	HOVELACQUE.	MULON.
Clinique chirurgicale	OLIVIER.	VERNE.
Clinique ophtalmologique		
Clinique urologique		
Clinique d'accouchements		
Clinique gynécologique		
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		
Clinique thérapeutique médicale		
Clinique oto-rhino-laryngologique		
Clinique thérapeutique chirurgicale		
Clinique propédeutique		
Clinique de la Tuberculose		
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		
Clinique cardiologie		
Professeurs sans chaire		

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE	DE GAUDART
BARIETY	D'ALLAINES
BENARD Henri.	Pathologie chirurgicale.
BERNARD Et.	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.).	Physiologie.
BOULIN	GIROUD
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
COSTE	HAGUENAU
FEY	Pathologie médicale.
DOGNON	HALPHEN
FUNCK-	HAZARD
BRENTANO	Pharmacologie.
GASTINEL	HUGUENIN
GAILLARD	Anatomie pathologique.
CHEVALLIER	Joannon
	Hygiène.
	LACOMME
	Obstétrique.
	LANTUEJOL
	Obstétrique.
	LAROCHE Guy.
	Pathologie médicale.
	LELONG
	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophtalmologie.
RICHEL	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU- LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.	
AUBERTIN		
BRULE		
CHABROL		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR		
VALLERY- RADOT		
SEZARY		

MM.

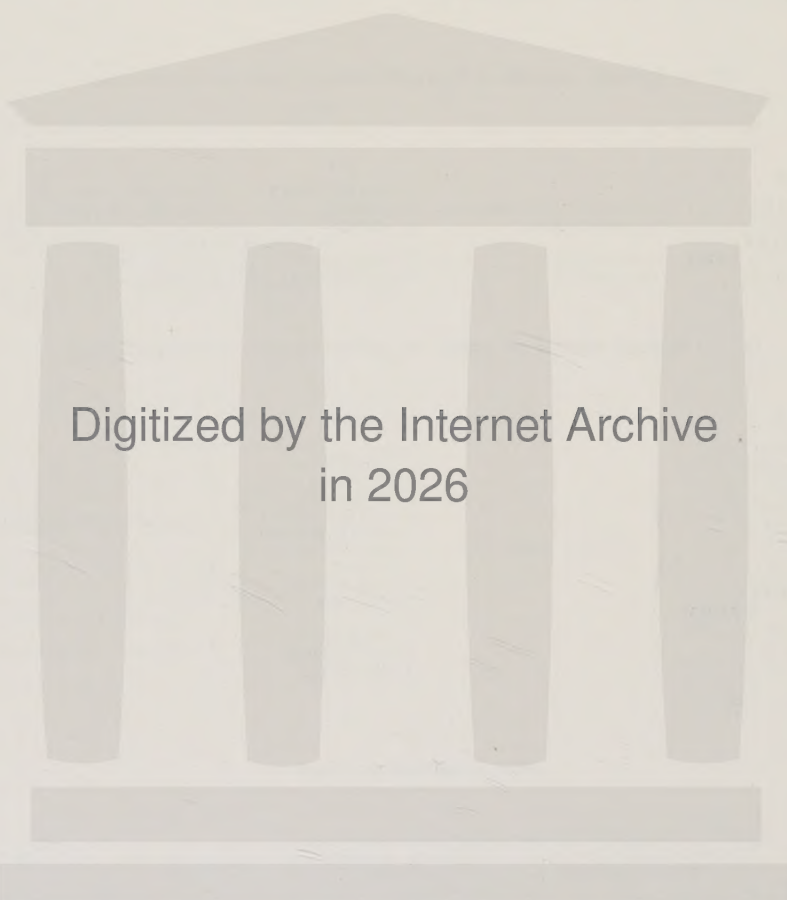
BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROcq		
CADENAT		
GATELLIER ...		
HEITZ-BOYER .		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ ...	} Clinique obstétricale	
VELTER		
ECALLE		
LE LORIER ...		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MON FRERE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

*Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris*

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. LAFFITTE
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Associé national de l'Académie de Chirurgie

qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse.

Témoignage de profonde grati-
tude.

A TOUS MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE NIORT
ET DE LA ROCHELLE

A PROPOS DE DEUX CAS DE GROSSESSE OVARIENNE JEUNE ROMPUE

HISTORIQUE

C'est Von Tussenbroek qui, pour la première fois, démontra l'existence de la grossesse ovarienne, par la publication d'un cas où l'œuf, sans doute fécondé à l'intérieur de l'ovaire, s'était développé dans cet organe.

Jusqu'à cette observation, elle avait été niée par Lawson Tait et par les gynécologues du début du siècle.

En 1924, à propos d'un cas de rupture de grossesse ovarienne, Moulonguet-Dolérès reprit la question. Il fit une revue générale clinique et anatomique de la grossesse ovarienne, en basant son travail sur 77 observations rassemblées dans la littérature et tira les considérations suivantes :

Cliniquement, la grossesse ovarienne se termine presque toujours par une rupture souvent très précoce, d'où difficulté du diagnostic.

Cette rupture s'accompagne d'une hémorragie intra-abdominale souvent minime, quelquefois considérable.

Plus rares sont les interruptions de grossesse ovarienne sans hémorragie.

Très rares et même discutées sont les évolutions jusqu'à terme des grossesses ovariennes.

Au point de vue anatomique, il faut distinguer deux cas :

- 1° la grossesse ovarienne jeune où il faut reconnaître les tissus embryonnaires ;
- 2° la grossesse ovarienne âgée où il faut reconnaître l'ovaire.

L'étude des grossesses ovariennes a démontré le bien-fondé des théories histologiques qui ont trait à la grossesse normale :

- a) l'origine embryonnaire des éléments choriaux ;
- b) théorie de la nidation active de l'œuf.

Il reste à savoir si la nidation, au point de vue de grossesse ovarienne, se fait dans le follicule de De Graaf ou dans son voisinage.

Travail important, mise au point remarquable, qui situait nettement dans la pathologie la question grossesse ovarienne.

Depuis 1924, il semble que cette question ait été un peu délaissée.

Dans la littérature médicale française, c'est à peine si on trouve la relation de quelques cas isolés. Les Allemands et les Américains en rapportent un peu plus.

On paraît davantage s'attacher aux hémorragies de l'ovaire en dehors de la grossesse et on remarque, à ce sujet, plusieurs travaux intéressants : Roth en 1927; Bauray dans sa thèse de Bordeaux en 1934, et

d'autres Français et étrangers qui mettent au point l'histoire de ces hémorragies dues à des ruptures du corps jaune ou secondaires à des états dyscrasiques.

C'est à la suite de deux cas récents de grossesse ovarienne jeune mise en évidence d'une façon indiscutable, que l'idée nous est venue d'apporter notre contribution à l'étude de la grossesse ovarienne.

Le but de notre travail sera :

— de présenter les observations originales recueillies dans le service du Dr Laffitte à Niort.

— de résumer quelques-unes des plus intéressantes parmi celles qui ont été publiées depuis 1924, année où Moulonguet fit son étude.

— d'essayer d'en dégager des considérations au point de vue :

de l'anatomie pathologique;

de la clinique;

du diagnostic;

du traitement;

— de réunir enfin en une bibliographie tous les cas que nous avons pu retrouver, dans ces treize dernières années.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS ORIGINALES ET PERSONNELLES

OBSERVATION N° I

Mme M..., âgée de 24 ans, fit appeler le 5 mars son médecin pour une douleur abdominale droite accompagnée de cystalgie légère avec pollakiurie. Les antécédents ne décèlent rien de très particulier. Toutefois on remarque que le passé génital n'est pas indemne de tout incident : parmi les cinq grossesses de la malade on en relève deux interrompues naturellement avant terme (7 mois). La cause en est inconnue, quoique les parents fassent appel à des émotions. Les prématurés sont d'ailleurs morts peu de temps après. Après le premier accouchement avant terme on aurait constaté une poussée fébrile en rapport avec une pyélonéphrite droite. Rien de nouveau jusqu'au 5 mars 1935. A cette date donc la sensibilité de la fosse lombaire et du trajet urétéral, la constipation permanente, la dilatation et la stase du côlon droit, semblent légitimer le diagnostic probable de coli-bacillose. Le traitement habituel est alors institué,

l'amélioration rapide. Elle permet d'entrevoir une guérison prochaine. Toutefois la malade n'a pas eu ses règles qui présentent ainsi un retard d'une huitaine de jours.

Le 11 mars, la famille appelle de nouveau le docteur. Maintenant la malade se plaint de douleurs plus précises dans la sphère génitale « topographie plus basse et plus médiane ». Toujours pas de règles. Il n'existe aucune perte. La température est à 37°. Le pouls est normal. Le toucher montre un utérus douloureux à la pression et surtout à la mobilisation.

Le cul-de-sac gauche paraît dans sa partie justamédiane empâté et douloureux. Des injections vaginales et de la glace sur le ventre en permanence sont prescrites.

Le 12 mars, même tableau, mais l'état général paraît touché. Le facies est pâle, anxieux, la température est à 37°8. Le pouls est à 110. A cette date un nouvel examen est fait. Il situe d'une façon définitive la lésion dans la zone génitale et permet d'affirmer d'une façon à peu près certaine la présence dans le douglas d'une masse liquidienne. On retient parmi les signes les plus importants : la douleur droite, le retard des règles de 15 jours et l'absence totale de toute perte.

On porte le diagnostic probable de grossesse utérine en voie de rupture et de constitution d'une hématocele rétro-urétine. On transporte la malade à l'hôpital. Par précaution et par suite de l'absence totale des pertes roussâtres classiques on fait une

ponction du douglas. Cette dernière permet d'éliminer tous les diagnostics d'origine inflammatoire car on se trouve en présence d'un épanchement sanguin intra-abdominal. L'intervention chirurgicale s'impose immédiatement.

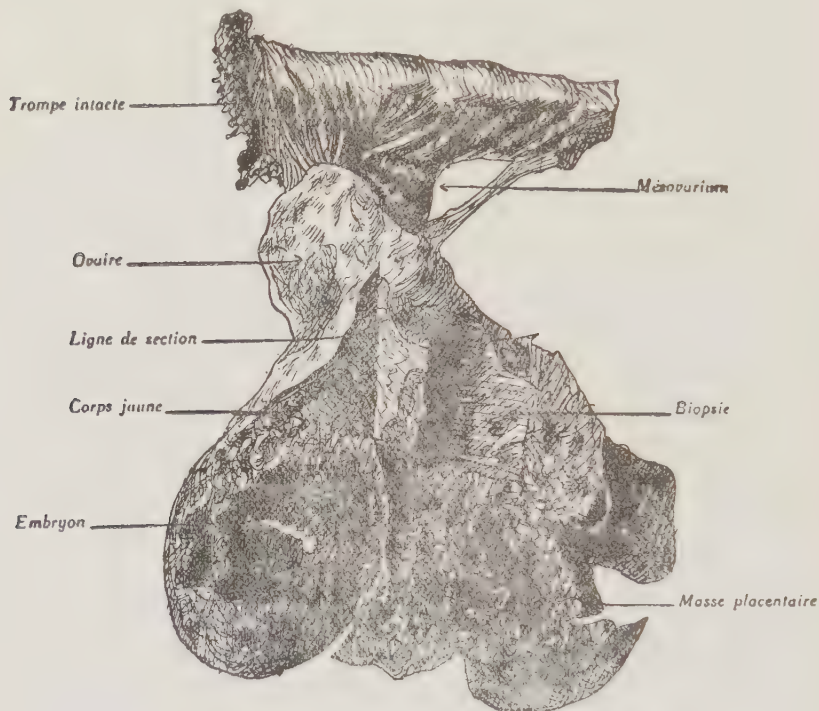
Le 13 mars, anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Dès l'ouverture du péritoine on aperçoit du sang libre dans les anses et qui provient de la région pelvienne, remplissant tout le douglas, débordant le fond utérin et refoulé en avant. Avec la main on remonte les annexes et on aperçoit une masse placentaire de la grosseur d'une noix qui est intimement accolée à l'ovaire droit et d'où s'écoule du sang. Du côté gauche tout est normal. La trompe du côté droit d'ailleurs, est absolument saine. On fait une ablation unilatérale des annexes côté droit. Fermeture de la paroi en trois plans.

Les suites immédiates sont excellentes. La malade rentre chez elle le 29 mars.

Il s'agissait tout d'abord d'être nettement fixé sur la situation exacte de la masse ovulaire. Macroscopiquement, un certain nombre de faits militaient à la faveur de cette opinion : la trompe était de volume normal, parfaitement perméable et indemne de toute lésion. La date récente de cette grossesse, ou tout au moins de sa rupture, ne lui avait pas permis encore de contracter des adhérences qui auraient rendu difficile le diagnostic anatomo-pathologique.

A distance de la trompe se trouvait l'ovaire séparé d'elle par une largeur de deux centimètres de ligament large. Au pôle inférieur de cet ovaire se trouvait une masse placentaire d'un volume d'une grosse noix. Nous avons fendu ovaire et masse et nous avons



pu constater un certain nombre de points intéressants (voir figure). L'ovaire était normal dans sa partie supérieure, tant par l'aspect de sa corticale que celui de sa coupe. A la partie inférieure on voyait un corps

jaune et contre ce dernier, refoulant la partie la plus proche de lui, un œuf. Cet œuf contenait en son centre un embryon blanc nacré parfaitement visible de 12 millimètres environ de longueur. L'hémorragie provenait de la masse placentaire située à droite dans la figure et qui paraît déchiquetée à ce niveau. La corticale de l'ovaire ne paraissait pas englober cette masse, elle s'arrêtait à quelques millimètres de la zone d'où l'œuf semble faire hernie de l'ovaire.

Il nous a semblé indispensable de faire une biopsie qui a porté, comme on le voit sur la figure, sur une zone intéressant l'ovaire normal, le corps jaune et le placenta. Nous avons envoyé la pièce au Docteur Moulonguet qui nous a fait la réponse suivante :

L'examen histologique montre un fragment de l'ovaire dont on reconnaît le stroma fibreux. On ne trouve plus de follicules mais un volumineux corps jaune de grossesse avec des cellules en cytolyse caractéristiques, à la surface de l'ovaire et séparé du corps jaune par une thèque fibreuse. On retrouve des villosités placentaires et des amas de cellules trophoplastiques. Cette masse écrase le corps jaune qui est aplati, mais en reste nettement distincte. Il s'agit donc, non pas d'une nidation à l'intérieur d'un corps jaune ou d'un follicule, mais d'une greffe à la surface de l'ovaire.

OBSERVATION N° 2

Mme M..., 33 ans, est prise brutalement le 15 septembre de douleurs violentes de l'abdomen à gauche. Le docteur demandé se trouve en présence d'une malade anxieuse, un peu pâle, qui présente au niveau de la fosse iliaque et du flanc gauche une douleur accusée accompagnée d'une contracture de la paroi.

Quelques nausées, pas de température, pouls à 100.

Au toucher, la mobilisation de l'utérus est douloureuse.

Aucune perte depuis 20 jours, date des dernières règles.

Pas d'antécédents notables. Deux grossesses normales.

On pense à un kyste de l'ovaire tordu ou rompu et on opère.

A l'ouverture : hémorragie péritonéale de quantité moyenne ; on trouve accolé à l'ovaire gauche un kyste de la grosseur d'une pêche, rompu.

Fermeture de la paroi en trois plans aux crins.

Ici l'examen macroscopique ne nous donnait aucune précision. Cette masse béante, dont le tissu ne pouvait être différencié à l'œil nu, ne contenant pas d'embryon ; une trompe normale ; tout pouvait nous faire croire de prime abord, à un simple kyste de l'ovaire rompu.

C'est l'examen microscopique qui nous démontra la gestation ovarienne.

Il fut pratiqué par le Docteur Merle qui nous donna cette réponse :

L'examen histologique met en évidence un fragment de l'ovaire dont l'architecture générale est conservée mais où il est possible de déceler quelques lésions d'ovarite kystique discrètes. L'un des fragments soumis à l'examen contient des villosités placentaires qui semblent nettement distinctes des tissus ovariens qui leur servent de support. Il s'agit donc d'une greffe extérieure à la surface de l'ovaire.

CHAPITRE III

AUTRES OBSERVATIONS

OBSERVATION BARTHÉLÉMY

*(Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologique
22 février 1928.)*

Jeune femme de 30 ans, se plaignant de vives douleurs abdominales. Aucun antécédent. Mariée depuis 5 ans. Ni grossesse, ni fausse couche. Menstruation régulière. Pas de leucorrhée.

Elle ressent après 3 jours, c'est-à-dire 20 jours après ses dernières règles, de très violentes douleurs localisées dans la fosse iliaque droite.

Un médecin appelé le lendemain constate la même douleur avec défense de la paroi. Songeant à un début d'appendicite, il prescrit la diète et l'application de glace.

Le jour suivant, la malade ressent une vive douleur au point de Mac Burney, accompagnée de contracture. Fosse iliaque gauche indolore.

Au toucher, cul-de-sac souple, où la pression révèle à droite seulement, un peu de sensibilité. Utérus de volume normal, col non ramolli. En mobilisant le col

utérin on réveille la même douleur à droite. Pouls régulier à 108. Pas de température.

L'absence de toute irrégularité dans la date ou la nature des règles et l'ensemble de tous les signes constatés font confirmer le diagnostic de l'appendicite.

A l'ouverture, hémorragie péritonéale. Au milieu des caillots abondants, on trouve dans les anses grêles un œuf de deux mois environ et on amène dans le champ opératoire l'ovaire droit éclaté. Il présente en son centre une cavité comme une très grosse noix et le tissu ovarien est tassé en coque, constituant les parois de la cavité.

Toilette du péritoine, résection de l'ovaire.

OBSERVATION ALEXANDER STUX, ALLEMAGNE

(*Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.*)

(Février 1931).

Femme de 27 ans, très pâle, qui souffre de l'abdomen et présente des élévations de température allant jusqu'à 38°. On trouve une tumeur mobile derrière l'utérus, s'étendant jusque dans le douglas. En ponctionnant le douglas, on obtient du sang et on intervient.

On trouve un peu de sang dans le péritoine et des caillots dans le douglas.

La tumeur qui siège à gauche, grosse comme un œuf d'oie, est adhérente à l'ovaire.

L'examen histologique montre sur la surface de l'ovaire l'existence d'un œuf adhérent à l'organe.

CAS DE W. SPACKMANN

(*British Medical Journal*, 10 février 1934)

Femme de 38 ans, se plaignant d'être stérile.

On pratique une insufflation par la méthode Rubin.

Pas de règles suivantes. Mais petites pertes sanglantes qui firent penser d'abord à un avortement.

Finalement, on constate une tumeur rétro-utérine qui augmente rapidement.

Une laparotomie permet de constater que l'ovaire a les dimensions d'une pêche et qu'il est rouge. La trompe correspondante est normale. On enlève l'ovaire et l'ayant incisé, on trouve à l'intérieur un embryon.

OBSERVATION D'HELJI CARL

(*Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*,
VI, 1927.)

L'auteur présente plusieurs cas de grossesse ovarienne rompue.

Il conclut que les grandes hémorragies d'origine ovarienne sont dues dans la plupart des cas à une gestation récente dans le corps jaune. Toute trace de

gestation peut disparaître par suite d'expulsion de l'œuf. Par ailleurs la destruction peut se produire à l'intérieur de l'ovaire grâce aux syncytes qui, poursuivant leur action destructive, anéantissent les parties constructives de l'œuf, déterminant des hémorragies dans la cavité péritonéale

OBSERVATION DE VIEBERG

(*American journal of Obstetrics and Gynecology*,
Sept. 1926.)

Jeune femme. Hémorragie intrapéritonéale.

On trouve une zone dénudée sur la surface de l'ovaire gauche. Trompes normales.

L'examen histologique montre l'existence d'une grossesse ovarienne.

Si cet examen n'eut été pratiqué, l'hémorragie eut été considérée comme liée à la rupture d'un follicule ou d'un corps jaune.

Pour l'auteur ces hémorragies ont toujours pour cause une grossesse ovarique méconnue.

OBSERVATION DE LE BASSER ET PAVIE

(*Société Anatomique de Paris*, 1^{er} mars 1928.)

Il s'agit d'une grossesse ovarienne rompue, opérée et guérie. Les auteurs insistent sur la nécessité

de l'examen histologique qui seul donne le diagnostic avec certitude.

OBSERVATIONS DE REINECKE, Berlin

(*Zentralblatt für Gynäkologie*, novembre 1931.)

Deux observations indiscutables : femmes jeunes, 34 et 32 ans, arrivant avec le diagnostic de salpingite.

Pourtant, signes habituels de grossesse actopique.

Dans un cas on a ponctionné le douglas et on a trouvé du sang.

Dans ces deux cas les examens histologiques permirent d'affirmer que la grossesse ovarienne s'était développée dans un corps jaune.

La troisième observation est celle d'une femme opérée avec tous les signes d'une hémorragie grave.

A l'opération on trouve un ovaire gauche du volume d'un œuf de poule contenant un kyste rempli de sang et déchiré sur son côté externe. Malgré l'absence d'examen histologique l'auteur croit là à une grossesse ovarienne.

Si nous avons relaté ces observations en plus de nos cas personnels c'est pour mieux appuyer les considérations que nous allons faire. Il en existe beaucoup d'autres qui rapportent les mêmes faits mais moins en détail. Elles sont classées dans notre bibliographie.

Pour mémoire signalons qu'il nous a été donné
d'en trouver une cinquantaine encore dont :

18 chez les Américains

11 chez les Allemands

5 Anglaises

5 Italiennes

3 Françaises

3 Scandinaves

2 de l'U.R.S.S.

et les autres de différents pays : Belgique, Autriche, etc...

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La grossesse ovarienne est une grossesse pathologique dont l'évolution normale se fait vers la rupture. On peut dire que pratiquement elle se rompt toujours ; qu'elle se rompt jeune. La grande majorité des observations rapporte même des cas de *rupture très précoce*, tellement précoce que l'élément foetal passe souvent inaperçu et que sa recherche est une question de biopsie. La grossesse ovarienne est donc une source d'hémorragies intrapéritonéales.

Elle entre dans l'étiologie directe des hémorragies d'origines ovariennes.

Nous n'irons pas jusqu'à dire comme certains auteurs (Vieberg, Helji), que ces hémorragies ont toujours pour cause une grossesse ovarique. Il est démontré qu'elles peuvent être provoquées en dehors de toute gestation, dues en particulier à des ruptures de corps jaunes ou à certains états dyscrasiques.

Mais nous tenons pour probable que maintes hémorragies semblables sont faussement étiquetées, alors qu'en réalité elles sont liées à des grossesses ovariennes. Et cela parce qu'on n'a pas fait d'examen histologique.

En effet il est à remarquer au sujet de nos observations que si dans certains cas le seul examen macroscopique a suffi à déceler la nature de la lésion, dans d'autres cas le diagnostic a été fait seulement par l'examen microscopique.

C'est l'histoire de notre seconde malade, ou sans le laboratoire on eut attribué l'hémorragie à un simple kyste de l'ovaire. C'est le fait des malades de Le Basser, et de Vieberg.

D'ailleurs tous les auteurs insistent sur la nécessité de l'examen histologique.

Et non seulement nous dirons avec Monlonguet que « sans être plus histologique le diagnostic de la grossesse ovarienne est impossible », mais bien plus, que sans examen histologique la cause d'une hémorragie ovarienne ne peut être affirmée.

Si donc l'ovaire présente une tumeur hémorragique ou même une simple lésion, n'hésitons pas à le confier à l'histologiste. Ce dernier, même au bout de plusieurs mois, pourra y retrouver des villosités choriales et affirmer le diagnostic de grossesse ovarienne.

Les grossesses ovariennes ne nous apparaîtront plus alors comme des raretés et le chiffre connu jusqu'à ce jour se trouvera aisément multiplié.

Qu'il s'agisse de confirmer la présomption macroscopique, ou d'établir à lui seul le diagnostic, cet examen permettra en outre de déterminer la variété

de la grossesse ovarienne. Elle peut se présenter en effet sous deux types :

L'un *intra-ovarien*, l'autre *cortico-ovarien*.

Le premier correspond au cas *Princeps*, décrit par Catarina Von Tussenbrœk, où l'œuf s'était développé à l'intérieur de l'ovaire et paraissait entouré par la corticale amincie mais intacte. Nous retrouvons ce cas dans les observations de Reinecke Spakmann et Barthélémy.

Le second, auquel appartiennent d'ailleurs les cas les plus fréquents, est constitué par une nidation de l'ovule à la surface de l'ovaire après rupture du follicule de De Graaf. En pareil cas le corps jaune peut être plus ou moins refoulé, ou séparé par une épaisseur de caillots plus ou moins grande, suivant l'intensité de l'hémorragie ayant décollé l'œuf. En outre la corticale ovarienne n'entoure pas la masse placentaire.

Il est facile d'établir la variété à laquelle appartiennent nos deux cas : nous avons en effet les deux éléments de diagnostic capitaux :

L'ovaire, nettement individualisé

La grossesse, caractérisée dans le premier cas par la masse placentaire et l'embryon ; dans le second cas par les villosités placentaires nettement distinctes de leur tissu de support.

Nous avons donc là deux cas de grossesse ovarienne sur folliculaires.

Dans les cas plus tardifs il n'en est pas toujours ainsi. Si l'œuf se décolle insidieusement, si l'hématocèle se constitue lentement, il est difficile de re-

trouver un élément permettant d'affirmer la gravidité. Mais en recherchant bien on peut rencontrer des amas de villosités qui subsistent fort longtemps et qui sont tout à fait caractéristiques. C'est le cas de Vieberg, où, la seule lésion n'étant constituée que par une petite zone dénudée à la surface de l'ovaire, l'examen histologique démontra l'existence de tissus embryonnaires.

Par ailleurs, certains auteurs dont Carl Helji admettent que l'œuf peut être mangé. La destruction peut se produire à l'intérieur de l'ovaire, grâce aux syncytes qui arrivent à anéantir les parties constitutives de l'œuf.

Ce n'est qu'une théorie, sans doute bien difficile à démontrer. Mais là encore il paraît logique que le laboratoire puisse mettre en évidence quelques éléments caractéristiques d'une grossesse.

Quand la grossesse est tardive, ce n'est plus la grossesse qu'il faut rechercher, mais la substance ovarienne elle-même qui disparaît au milieu des autres éléments.

Ne nous étonnons donc pas que, sur les 9 cas de grossesses tardives signalées dans la littérature en 1924, le professeur Moulonguet n'en ait retenu qu'un seul qui fut vraiment indiscutable.

Aussi pouvons-nous conclure avec lui :

Dans la grossesse ovarienne jeune, c'est la grossesse qu'il faut démontrer ; dans la grossesse ovarienne âgée c'est l'ovaire qu'il faut retrouver.

CHAPITRE V

ELEMENTS CLINIQUES

Les considérations anatomopathologiques ne sont pas les seules dignes de retenir notre attention.

Au point de vue clinique, nous devons insister sur les deux symptômes inhérents à la grossesse ovarienne jeune, celle qui nous intéresse :

1° La grossesse ovarienne est douloureuse.

2° La grossesse ovarienne est hémorragique ; mais il s'agit d'hémorragie interne.

A. — LA DOULEUR

La grossesse ovarienne, tout comme la grossesse angulaire est douloureuse. Beaucoup d'observations font part de cette douleur. Elle est d'autant plus importante à considérer qu'elle est une grande source d'erreurs de diagnostic.

Cette douleur peut être *basse*, localisée au petit bassin dans la sphère génitale. La femme depuis plusieurs jours se plaint plus ou moins constamment du bas ventre et l'esprit du praticien se porte vers une annexite (le cas de Reinecke) d'autant plus que le

toucher est douloureux. Jusqu'au jour proche où les phénomènes deviennent violents, tragiques même. Et alors on pense comme dans notre observation N° 2 à un kyste tordu. C'est en fait la rupture de la grossesse.

Souvent la douleur est *haut située* et c'est là sa localisation la plus intéressante. Le toucher ne donne rien et devant l'absence d'autres signes on est amené à songer à une lésion urinaire (notre première observation) ou à une appendicite (cas Barthélémy).

Pour notre cas il ne faut pas nous étonner de cette douleur qui au début pouvait faire penser à une douleur urétérale ou pyélique. Il est vraisemblable que le paquet vasculo-nerveux utéro-ovarien était tirailé et devenait ainsi particulièrement douloureux.

Cette douleur irradiée donnait l'impression de venir d'une lésion urinaire alors qu'il fallait en ramener la cause à son point de départ :

Les plexus ovariens.

En outre, la masse appendue à l'ovaire, bien maintenue dans la fossette ovarienne n'avait pas tendance à tomber très bas en arrière comme une trompe alourdie par une masse placentaire : on s'explique ainsi le toucher négatif.

B. — LES HÉMORRAGIES.

Un point très important est constitué par l'absence de pertes rouges vaginales. Ce fait est assez souvent noté.

On sait en effet que l'écoulement de pertes brunnâtres, roussâtres, est de règle dans la nidation ovulaire en dehors du corps utérin. Mais ces dernières se présentent surtout au moment de la date présumée des règles, au bout d'un ou deux mois d'absence.

Et c'est croyons-nous ce qui en explique l'absence dans la grossesse ovarienne : celle-ci se rompt jeune avant l'apparition de ce symptôme.

Dans nos deux cas nos règles n'avaient que 15 et 20 jours de retard. Il est possible que si la rupture eut été plus tardive on aurait pu observer des pertes quelques jours après. Nous avons eu à faire à des ruptures de grossesses très jeunes. Dans la première observation, l'embryon n'avait que douze millimètres. Il s'agissait donc d'une grossesse remontant à 15 jours, trois semaines au plus.

Si l'hémorragie externe est souvent inexistante, l'hémorragie interne, elle, est de règle. C'est la conséquence immédiate de la rupture.

On a remarqué que les signes généraux de cette hémorragie sont en général moins accentués que dans les ruptures de grossesse tubaire et surtout isthmique, de même que le sang épanché est moins abondant. L'inondation cataclysmique est rare. On aurait plutôt dans le cas de rupture de grossesse ovarienne, un syndrome qui correspondrait à celui que l'on observe dans l'avortement tubaire intrapéritonéal.

En ce qui concerne les signes physiques, il n'en est pas de bien caractéristique.

Le toucher vaginal ne donne souvent que peu de

renseignements. Dans cette grossesse jeune et ectopique, les modifications de l'utérus et de son col sont inapparentes.

Avant la rupture le toucher peut faire sentir une masse rétro-utérine douloureuse. Mais faut-il encore que la grossesse soit assez avancée, que la masse soit assez grosse pour ne plus être maintenue dans la fossette ovarienne.

Après la rupture, le toucher montrera un douglas sensible et distendu du fait de l'hémorragie.

Pour ce qui est des formes cliniques, il serait logique d'en considérer deux, correspondant aux deux périodes de cette grossesse pathologique : avant la rupture, après la rupture. Mais si nous nous plaçons du point de vue pratique, nous voyons que la grossesse ovarienne nous est présentée sous deux autres aspects : selon qu'il y a, ou qu'il n'y a pas hémorragie interne.

C'est d'après ces deux manières de voir que nous aborderons le diagnostic.

L'évolution de la grossesse ovarienne se fait presque toujours vers la rupture. La grossesse jusque là un peu douloureuse devient brusquement très douloureuse ; et s'ajoutent alors les signes d'hémorragie interne.

En dehors de la rupture on a signalé : l'évolution à terme et la résolution.

L'évolution à terme est très rare, nous n'en avons pas vu d'observation ; nous avons trouvé seulement dans la littérature, un cas de grossesse ovarienne de huit mois.

Quant à la résolution elle a été admise par certains auteurs dont Carl Helji : les syncytes continuant leur action destructive anéantiraient les parties constitutives de l'œuf.

Nous n'avons pas trouvé d'observation d'infection secondaire de la grossesse ovarienne. Nous aurions pu nous y attendre en raisonnant par analogie avec l'hémato-salpinx.

Diagnostic

A) Si l'hémorragie *intrapéritonéale est évidente*, si la femme se présente pâle, choquée, anxieuse, avec des tendances à la syncope et un pouls qui sans cesse devient plus rapide et plus petit, un ventre, douloureux ballonné et parfois légèrement contracté, un douglas sensible et distendu, ce qui importe c'est de trouver l'hémorragie interne pour intervenir aussitôt, car le diagnostic de grossesse ovarienne est bien secondaire.

Ce diagnostic n'a d'intérêt alors qu'au point de vue étiologique et dans la mesure où il satisfait l'esprit.

Pratiquement on pense toujours à une rupture de grossesse tubaire, à moins que toute absence de perturbation dans l'écoulement menstruel ne nous égare vers les grands syndromes abdominaux, surtout si la douleur est haute : perforation de l'estomac, pancréatite hémorragique, etc...

De toute façon l'intervention précise le diagnostic en nous montrant un ovaire qui saigne.

Il reste à examiner cet ovaire histologiquement pour savoir la cause exacte.

B) Mais si *l'hémorragie est très minime*, ce qui arrive fréquemment, et se manifeste par des signes discrets ; ou si la grossesse qui n'est pas encore rompue attire l'attention parce que DOULOUREUSE, ce qui arrive aussi, le problème est tout différent.

Nous pensons alors à une *annexite*, à une *appendicite*, ou encore à une *lésion urinaire*.

Etant donné la rareté de la grossesse ovarienne, l'esprit ne s'est pas orienté vers elle, et, en pratique, l'ignore.

Rappelons-nous qu'une douleur haute et l'absence de pertes n'est pas un argument contre le diagnostic de grossesse ovarienne.

Et si nous avons le moindre petit signe, un petit retard de règles, le moindre doute d'une hémorragie interne, qu'il soit un soupçon et porte l'esprit vers cette cause.

Deux éléments d'ailleurs viendront nous aider et faciliter le diagnostic :

La ponction du douglas.

La réaction d'Ascheim-Zondek.

La PONCTION DU DOUGLAS tant vantée par Lecène est vraiment un moyen d'exploration remarquable auquel on aurait tort de ne pas recourir dès qu'il existe le moindre doute sur le contenu du douglas.

Dans notre cas particulier cette ponction a tranché

le diagnostic d'une façon péremptoire, et sans hésitation on a pu entreprendre immédiatement l'acte chirurgical d'où dépendait la guérison de la malade

Pas un autre examen ne nous aurait donné des renseignements plus précis.

Cette ponction du douglas, faite avec une aiguille à ponction lombaire et une simple seringue mérite donc de retenir toute notre attention comme examen facile et d'une utilité considérable, bien qu'elle ne puisse préciser le diagnostic étiologique.

Quant à la réaction d'Ascheim-Zondek, il a été démontré, en particulier par le Professeur Brindeau, qu'elle était très précoce au cours des grossesses extra-utérines.

TRAITEMENT

A première vue, il semble que ce chapitre puisse être ramené à une ligne :

Laparotomie médiane et ablation des annexes.

Cependant, en y regardant de plus près, il semblerait utile de ne pas se précipiter à enlever les annexes sans un examen méticuleux.

Il n'est pas toujours nécessaire d'enlever l'ovaire dans sa totalité et on peut garder la trompe.

Rien ne prouve en effet que les annexes du côté opposé ne soient pas malades et de ce fait impropres à la fécondation. Si on peut conserver la trompe et une partie de l'ovaire, il est possible qu'un jour cette conduite prudente soit récompensée par l'apparition d'une grossesse normale.

Si une partie suffisante d'ovaire peut être gardée il conviendrait donc de faire une exérèse partielle.

La question est un peu différente de celle de la grossesse tubaire, où la partie malade est le segment moyen intermédiaire entre l'utérus et l'ovaire. Dans la grossesse ovarienne c'est le point de départ qui est lésé.

Bien entendu, l'intervention terminée, les soins habituels doivent être donnés (sérum, toni-cardiaques, transfusion, etc.). Nous n'y insisterons pas.

CONCLUSIONS

Le développement de l'œuf au niveau d'un ovaire est un fait universellement admis ;

Autrefois, on s'attachait surtout à la grossesse ovarienne âgée.

Actuellement, et cela depuis les travaux de Moulonguet en 1924, on reconnaît que celle-ci est très rare. La grossesse ovarienne s'interrompt jeune.

Il a été présenté plusieurs cas de grossesse ovarienne jeune rompue qui ont été dissociés des grossesses extra-utérines et de diverses lésions de l'ovaire.

Au point de vue anatomo-pathologique, la grossesse ovarienne jeune est une question de biopsie.

La situation de l'œuf peut être intra-folliculaire. Elle paraît être plus souvent surfolliculaire.

Cliniquement, la grossesse ovarienne jeune est douloureuse.

La plupart du temps elle ne donne pas lieu à des pertes sanguines comme dans le cas de grossesse tubaire.

Signalons sa tendance presque constante à la rupture avec deux signes :

- Douleur accentuée ;
- Signes d'hémorragie interne.

La grossesse ovarienne se présente pratiquement sous deux aspects :

- Comme un drame abdominal ;
- Avec une symptomatologie plus discrète.

Dans le premier cas, le diagnostic le plus couramment posé est celui de grossesse extra-utérine, à moins que la douleur haute ne fasse croire à quelque grand syndrome abdominal douloureux.

Si les signes sont plus discrets, la grossesse ovarienne peut en imposer pour une salpingite, une appendicite, une lésion urinaire, etc.

Rappelons-nous qu'une douleur haute et l'absence de pertes sanglantes n'est pas un argument contre le diagnostic de grossesse ovarienne.

Le traitement pratique est l'ablation des annexes malades.

Toutefois, si une partie de l'ovaire paraît saine, le traitement conservateur pourra être judicieusement proposé et retenu.

Vu :

Pour le Doyen, l'Assesseur
CUNÉO

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
CUNÉO

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARANDA et FLORES. — Un cas de grossesse ovarienne. (*Revista Mexicana de Cirugia*, mai 1936.)
- J. ARNVIG. — Case of superficial ovarian pregnancy. (*Hospitalstid* 79, 23 juin 1936, pp. 665-670.)
- BARFAKTAROVIC Svet. — Le diagnostic de la grossesse extra-utérine par la réaction d'Asheim-Zondek. (*Zentralblatt für Gynäkologie*, mars 1934, n° 13, p. 742-743.)
- BARTHÉLÉMY M. — Grossesse ovarienne rompue. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie*, 22 février 1928.)
- BASS F. — Ein Fall von Ovarialgraviditat. (*Zentralb. f. Gynak.* 52 : 1640-1644, june, 30, 1928.)
- BAURAY Paul-René. — Les hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale chez la femme en dehors de la grossesse extra-utérine. (*Thèse Bordeaux*, 1934.)
- BENGOBA. — Inondation péritonéale par grossesse ovarienne. (*Revista de Cirugia*. Buenos-Ayres, 7 juillet 1926.)
- BERECZ. — Sur les hémorragies ovariennes. (*Archiv. für Gynäkologie*, Berlin, 31 janvier 1927.)
- BOLLA S. et VON GAAL A. — Ovarielle Schwangerschaft. (*Zentralbl. f. Gynak.* 55: 2496-2499, aug. 15, 1931.)
- CORLETTE. — Hémorragie du corps jaune d'un ovaire en apparence normal. (*The medical Journal of Australia*, 7 janvier 1928.)

- COTTE et Mlle PALLOT. — Inondation péritonéale par rupture folliculaire. (*Société de chirurgie de Lyon*, 14 mars 1935.)
- CRANMER R.-R. — Ovarian pregnancy. (*Surg. Gynec. et Obst.* 52 : 98-101, janvier 1931.)
- CROUSSE René. — Hémorragie intra-péritonéale par rupture d'un kyste du corps jaune. (*Annales de l'Institut chirurgical de Bruxelles*, déc. 1924.)
- DAVIES D.-H. et STRANG T.-M. — Primary ovarian pregnancy. (*Brit. M. J.* 1 : 540-541, march, 22, 1930.)
- M. DEL-RIO. — Gravidanza ovarica in periodo embrionale. (*Boll. et Mém. Soc. Piémontaise di Chir.* 2 : 1366-1370, 1932.)
- S.-M. DODEK. — Ovarian pregnancy. (*Am. J. Obst. et Gynec.* 28 : 268-270, april 30, 1934.)
- DULUTH. — Grossesse ovarienne. (*American Journal of obstetrics and gynecology*, n° 4, avril 1926.)
- P. ESAN. — Abdominalschwangerschaft Blauer Nabel ovarialgraviditat Eineuge Zwillinge des 1. Monats einer Tubenschwangerschaft. (*Zentralbl. f. Chir.* 61 : 620-626, march, 17, 1934.)
- GERSTEL G. — Zur Kenntnis der Graviditas superficialis ovarii und ihrer klinisch-histologischen Diagnose. (*Virchows Arch. f. Path. Anat.* 280 : 435-443, 1931.)
- GINGLINGER. — Note sur un cas de grossesse ovarienne intrafolliculaire. (*Strasbourg Médical* n° 11, 15 avril 1937.)
- GODLENSKI. — Les hémorragies ovariennes menstruelles. (*Sud médical et chirurgical*, avril 1925.)
- GOODALL J.-R. et KEARNS P.-J. — Ovarian pregnancy. (*Canad. M. A. J.* 22 : 378-379, march 1930.)
- E.-L. GRAFF. — Case of ruptured ovarian pregnancy. (*Brit. M. J.* 1 : 902-903, may, 17, 1930.)
- GROSDOFF T.-M. — Ovarian pregnancy. (*J. Akush. i Zhensk. Bolies* 38 : 184-193, 1927.)

- HACUBER A. — Über Ovarialgraviditat und ihre Entstehung. (*Zentralbl. f. Gynak.* 52 : 2376-2381, septembre, 15, 1928.)
- HARHITZ. — Rupture d'un corps jaune. Hémorragie intra-abdominale. Grossesse ovarienne. (*Nordk Magasin for Laegeviden skahen.* Oslo, n° 8, août 1928.)
- HEIJL C.-F. — Graviditas ovarica. (*Acta Obst. et Gynec. Scandinav.* 6 : 407-416, 1927.)
- HELLENDALL H. — Über Ovarial graviditat. (*Zentralbl. f. Gynak.* 51 : 2865-2868, novembre, 5, 1927.)
- HELFI Carl. — Graviditas ovarien. (*Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, juillet 1927.)
- HERMANN. — Sur les hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne. (*Zentralblatt für Chirurgie*, Leipzig, n° 10, 16 avril 1927.)
- H.-J. HOLLOWAY. — Ovarian pregnancy report of case. (*Amer. J. Obst. et Gynec.*, 30 août 1935, pp. 286-287.)
- JORDAN, GARRETT et NORFLEET. — Histologie d'un cas de grossesse ovarienne à la fin du second mois. (*Surgery Gynec. Obstetrics*, LIV, n° 3, mars 1932.)
- KUTZ A.-G. — A propos des hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne. (*Annales de chirurgie*, Leningrad, 34, n° 5, 103-104, pp. 68-73.)
- KLEIN. — Hémorragies péritonéales d'origine ovarienne. (*Zentralblatt für Gynäkologie*, n° 2, 9 janv. 1926.)
- O. KLEINE. — Begriffsbestimmung symptomatik und Pathogenese der superfiziellen Ovarialgraviditat. (*Arch. f. Gynak.* 150 : 470-481, 1932.)
- KLAUS K. — Ovarian pregnancy case. (*Casop. lek. cesk.* 66 : 1881-1885, décembre, 9, 1927.)
- H. LAFFITTE. — Un cas de rupture de grossesse ovarienne jeune. (*Annales de l'Hôp. Hospice de Niort*, 1^{er} semestre 1935.)

- H. LAU. — Ein Beitrag zur Kasinstik der Ovarial Gravidität mit lebendem Kind. (*Zentralbl. f. Gynak.* 56 : 851-853, avril, 2, 1932.)
- LE BASSER et PAVIE. — Grossesse ovarienne rompue. Opération. Guérison. Examen anatomique. (*Société anatomique de Paris*, 1^{er} mars 1928.)
- LEMONNIER (Roanne). — Hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne. (*Bulletins et mémoires de la Société nationale de chirurgie*, 31 décembre 1932, p. 1603-1604.)
- L.-E. LILES. — Ovarian pregnancy. (*Surg. Gynec. et Obst.* 55 : 643-645, novembre 1932.)
- LOQUE. — Rupture d'un kyste hématique de l'ovaire consécutif à une grossesse ovarienne. (*Provence médicale et chirurgicale*, août 1935.)
- C. MAC CARTHY. — Ovarian pregnancy. (*Brit. M. J.* 1 : 1070, juin, 20, 1931.)
- A. MARTA. — Sulla gravidanza extrauterine ovarica. (*Rassegna d'Ostet. e Ginec.* 43 : 237-243, avril, 30, 1934.)
- E. MAURIZIO. — Osservazioni istologiche sulla gravidanza ovarica. (*Rassegna Ostet. e ginec.* 43 : 31 décembre 1934, pp. 715-729.)
- MIKAHERITZI. — Un cas de grossesse ovarienne. (*Journal médical géorgien*, janvier 1930.)
- B.-J. MOON et F.-W. MULSOV. — Report of case of ovarian pregnancy. (*Ann. J. Obst. et Gynec.* 23 : 900-901, juin 1932.)
- MOULONGUET et DOLERIS. — Contribution à l'étude de la grossesse ovarienne. (*La Gynécologie*, mai 1924.)
- NEER C.-S. — Ovarian pregnancy report of case probably tubo-ovarian with fully grown fetus. (*South M. J.* 27 : 445-447, may 1934.)
- NOVAK. — Pathologie des hémorragies ovariennes. (*Medizinische Klinik*. Berlin, 4 juin 1926.)

- PATTI F. — Gravidanza ovarica con perforazione della parete rettale e a enterorragie per opera dei villi coriali. (*Arch. di Ostet. e Ginec.*, 14 : 49-62, feb. 1927).
- N. PALACIOS COSTA et A. FALSIA. — Embarazo ovarico. (*Semana Medica* 2 : 29 août 1935, pp. 623-626).
- PATEL et ROLLET. — Hémorragie intra-péritonéale par rupture d'un petit kyste de l'ovaire. (*Lyon Médical*, n° 1, 1925, p. 318).
- PIZZAGALLI. — Hémorragies ovariennes intra-péritonéales. (*Bolletino*, juillet 1935).
- PORCHIOT. — L'hématocèle pelvienne d'origine ovarienne. (*Le Journal médical français*, n° 8, août 1925).
- A. POSTNIKOFF. — Un cas rare de grossesse ovarienne. (*Gynécologie i accoucheurstvo*, Moscou, n° 3, mai, juin 1933, p. 76, *La Gynécol.*, février 1935).
- Jean POULAIN. — Grossesse ovarienne. (*Société Médicale d'Amiens*, Séance du 4 décembre 1929).
- L.-M. RANDALL et W.-L.-A. WELIBROCK. — Primary ovarian pregnancy, report of case. (*Proc. Staff Meet. Mayo-Clin.*, 9 : 134-137, fébr. 28/1934.)
- H. REINECKE. — Kasuistischer Beitrag zur Ovarialgraviditat im Corpus Luteum. (*Zentralbl. f. Gynak.* 55 : 3243-3249, nov. 7 1931).
- RICHS E.-W. — Case of ruptured ovarian pregnancy. (*J. Obst. et Gynaec. Brit. Emp.*, 35 : 316-319, 1928).
- ROTH. — Hémorragies abdominales d'origine ovarienne. (*Société d'obstétrique et gynécologie de Paris*, 14 mars 1927).
- R.-J. SAGERSON. — Ovarian pregnancy. (*Pennsylvania M. J.*, 36 : 45-46, oct. 1932).
- SAUTY. — Hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne. (*Lyon chirurgical*, n° 1, 1924, p. 84).
- SINGER. — Eierstockschwangerschaft mit mehrfachen Missbildungen. (*Wien Med. Wchnschr.* 77 : 1208, sept. 3 1927).

- W.-C. SPAECKMANN. — Case of ovarian pregnancy. (*Brit. M. J.* 1 : 229-230, fébr. 10 1934).
- STEIN I. F. et LEVENTHAL M.-L. — Ovarian pregnancy. (*Surg. Gynec. Obst.* 45 : 798-801, déc. 1927.)
- Abraham STRAUSS. — Report of a case of ovarian pregnancy (*The American Journal of obstetrics and Gynecology*, vol. 18, déc. 1929, n° 6, pp. 781-783.)
- STRESOFF K.-I. — Ovarian pregnancy. (*Odesky M. J.* 2. 269-279, Jan., June 1927.)
- W.-E. STUDDIFORD et H.-H. LARDARO. — Case of primary ovarian pregnancy. (*Amer. J. Surg.* 33, sept. 1936, pp. 566-569).
- STUX S. — Ovarial pregnancy general article. (*Gyogyaszat* 67 : 977-982, oct. 30 1927).
- Die Ovarial graviditat. (*Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynak.* 87 : 293-297, feb. 1931).
- SZIMANOWICZ et KELLER. — L'ovaire envisagé comme cause d'hémorragies intra-péritonéales. (*Polska Gazeta*, 3 octobre 1926).
- W.-C. THRO. — Ovarian pregnancy. (*Amer. J. Obst. et Gynec.*, 29 mars 1935, pp. 457-458).
- TEODORESCO et NEGRESKO. — Deux cas d'hémopéritoine d'origine ovarienne. (*Gynécologie si Obstetrika*, Bucarest, déc. 1935).
- THORGERSEN. — Grossesse ovarienne. (*Norsk Magasin for Laegevidenskapen*, sept. 1933).
- TONDEUR. — Présentation de pièces. Grossesse ovarienne indiscutable. (*J. de Chir. et Ann. de Soc. Belge de Chir.*, avril-mai 1936, p. 96).
- Grossesse ovarienne indiscutable. (*Le Scalpel*, n° 42, 17 octobre 1936).
- VERGOZ et LOUBERT (Alger). — Hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne. (*Bulletins et mémoires de la Société nationale de chirurgie*, 15 avril 1933, p. 586-588).

- VIEBERG (Hiram H.). — Hémorragie intra-péritonéale due à la rupture d'une grossesse ovarienne. (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, sept. 1926).
- WENZKOWSKY M.-K. — Zur Frage uber die ausgetragene Ovarialschwangerschaft. (*Zentralbl. f. Gynak.* 54 : 600-606, March 8 1930).
- WESTMANN A. — Ein Fall von Tubo-Ovarialgraviditat. (*Zentralbl. f. Gynak.* 55 : 130-135, janvier 17 1931).
- WOLLNER A. — Report of case of ovarian pregnancy with comments on its etiology. (*Am. J. Obst. et Gynec.* 23 : 262-268, feb. 1932).
- YOUNG et HAWK. — Grossesse ovarienne primitive. (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, juillet 1933).
- ZIMMERMANN R. — Ueber Ovarialgraviditat. (*Zentralbl. f. Gynak.* 51 : 1569-1573, june 18 1927).

TABLE DES MATIERES

Historique	9
<i>Chapitre II.</i> — Observations originales et personnelles	13
<i>Chapitre III.</i> — Autres observations	21
<i>Chapitre IV.</i> — Anatomie pathologique	27
<i>Chapitre V.</i> — Eléments cliniques	31
Traitement	39
Conclusions	41
Bibliographie	43



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



